UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 9

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

SÉMÉIOLOGIE DE LA LANGUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1910

PAR

Thierry FERANDOU

Né à Montrichard (Loir-et-Cher), le 22 mai 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs*)

SARDA, Professeur, *Président.*
BERTIN-SANS, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

DE LA

SÉMÉIOLOGIE DE LA LANGUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 9

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

SÉMÉIOLOGIE DE LA LANGUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Thierry FERANDOU

Né à Montrichard (Loir-et-Cher), le 22 mai 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { SARDA, Professeur, *Président.* / BERTIN-SANS, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / LEENHARDT, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse :

MM. SARDA, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
BERTIN-SANS, *professeur.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

T. FERANDOU.

A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MES SŒURS

A MON NEVEU

T. FERANDOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

A MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTIN-SANS

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET LEENHARDT

T. FERANDOU.

A TOUS CEUX QUI ME PORTENT INTÉRÊT

MEIS ET AMICIS

T. FERANDOU.

AVANT-PROPOS

Nous ne quitterons pas la Faculté de Montpellier sans adresser à tous nos Maîtres l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

M. le professeur Sarda, qui a bien voulu accepter de présider notre thèse, et M. le professeur Bertin-Sans nous ont fait un honneur dont nous ne saurions trop apprécier la valeur.

C'est avec une égale reconnaissance que nous garderons dans notre mémoire le souvenir de MM. les professeurs Soubeyran et Leenhardt qui ont accepté de faire partie de notre jury avec une bonne grâce qui nous a profondément touché.

Le court séjour que nous avons fait à cette Faculté ne nous a pas permis de tirer de la fréquentation de nos Maîtres montpelliérains tous les avantages qui leur valent la reconnaissance de tant d'autres de nos camarades,

mais il nous a permis cependant de voir quelle phalange d'élite possédait en eux la science médicale.

Nous n'oublierons pas non plus les professeurs dévoués de l'École de Tours qui nous ont, au début de nos études, religieusement transmis les trésors cliniques accumulés par leurs devanciers, les Bretonneau, Trousseau, Velpeau, etc.

C'est avec émotion que nous évoquerons particulièrement le souvenir des leçons magistrales de MM. les professeurs Mercier, Godeau, Lapeyre, Barnsby, André, Ledouble, Guibault. C'est leur solide enseignement qui nous soutiendra aux heures difficiles de notre carrière.

DE LA

SÉMÉIOLOGIE DE LA LANGUE

INTRODUCTION

Dans ce rapide travail d'ensemble, nous nous sommes proposé de réunir en quelques pages les renseignements séméiologiques que le praticien peut retirer de l'examen clinique de la langue. Depuis fort longtemps on examine systématiquement la langue dans toutes les maladies du tube digestif et dans les grandes maladies générales. On peut envisager cet examen à divers points de vue suivant que l'organe est considéré comme muscle, comme soutien de l'organe du goût ou comme surface épithéliale dont les modifications peuvent renseigner sur l'état des parties plus profondes et moins accessibles du tractus digestif.

Disons tout de suite que c'est à ce dernier point de vue que nous nous placerons. Nous éliminerons d'emblée et d'une manière systématique les troubles moteurs de la langue de nature paralytique ou spasmodique, les

tremblements, etc. Nous ne parlerons pas non plus des troubles atrophiques qui accompagnent d'autres atrophies musculaires faciales. Nous passerons sous silence les troubles hypertrophiques dus à une lymphangiectasie primitive ou généralisée, macroglossie linguale ou épaississement myxœdémateux, etc.

Si nous faisons à la langue du myxœdémateux une rapide allusion, ce sera au point de vue surface, au point de vue aspect général, mais non au point de vue d'un cadre clinique à compléter.

Nous ne mentionnerons pas non plus cette catégorie très importante des modifications superficielles de la langue qui font partie de l'immense classe des glossites.

Pas davantage les inflammations de la langue allant de la simple congestion érythémateuse due à une cause purement locale ou traumatique aux ulcérations profondes et étendues. Et s'il nous arrive de citer des faits rentrant dans une de ces catégories, ce sera d'une manière purement incidente et à titre simplement comparatif.

En un mot nous parlerons de l'état de la langue lorsque le médecin, en présence d'un malade qui ne souffre pas de cet organe, lui demande de le lui montrer.

Ce que nous passerons en revue suivant un plan logique et que nous détaillons dans les lignes qui suivent, ce sont donc les modifications d'aspect général et les caractères qui se surajoutent à la suite du processus pathologique.

Les modifications dans l'aspect général comprendront les modifications de la forme, qui varie à chaque instant chez le même malade, mais qui est néanmoins susceptible d'entrer pour une part dans la constitution d'un symptôme, celles du volume qui sont en

relation étroite avec celles de la forme, enfin celles de la couleur qui peut être changée en quelque sorte essentiellement, c'est-à-dire sans l'intervention chromatique d'un enduit de nature pathologique.

Les caractères particuliers qui viennent se surajouter et modifier pathologiquement l'aspect général sont fonction de l'état des papilles, et surtout des enduits. Ceux-ci seront examinés, au point de vue de leur aspect, de leur localisation, de leur pathogénie et, question naturellement connexe de celle-ci, au point de vue de leur signification séméiologique. Ces enduits sont, nous le verrons, de nature muqueuse ou de nature épithéliale ; ces derniers sont les plus constants, les plus abondants. Leur localisation est des plus intéressantes à étudier, leur répartition diffère suivant que l'on examine la base de la langue, qui vu son difficile accès par les moyens cliniques usuels est généralement peu examinée, le dos de cet organe, qui en est le plus souvent richement pourvu, enfin la pointe et les bords. Ces dernières parties doivent à leur parenté de constitution dermique et épithéliale, à leur valeur physiologique spéciale, de ne pas participer aux changements survenus sur le dos de la langue : en effet, c'est du plancher de la bouche que tiennent anatomiquement et physiologiquement la pointe et les bords de la langue. Pathologiquement ils sont peu influencés par les enduits, mais leur examen apporte par contraste une quantité intéressante de renseignements précieux.

Cette description faite, nous classerons et mettrons à leur place ces différentes modifications de l'aspect extérieur de la langue en partant d'une classification nosologique.

Nous les montrerons présentes avec leurs caractères

particuliers dans les maladies gastro-intestinales et dans les maladies générales.

La subdivision des maladies du tube digestif comprendra, d'une manière dont nous ne nous dissimulons d'ailleurs pas le caractère un peu arbitraire, l'étude de la langue dans les gastrites et entérites aiguës ayant leur origine dans une intoxication exogène ou une intoxication endogène, c'est-à-dire une infection aiguë localisée.

Autrement dit, nous étudierons la langue dans les empoisonnements par les toxiques proprement dits et par les corps toxiques d'origine interne de nature plus vitale en quelque sorte puisqu'ils prennent naissance à l'occasion des phénomènes de la vie. Mais nous ne ferons rentrer dans cette subdivision, — et c'est là, nous l'avouons, que notre classification nous semble donner prise à la critique au point de vue théorique et étiologique, — que les intoxications ayant pour point de départ le tube digestif.

A cause de leur importance nous laisserons un chapitre spécial aux intoxications ayant pour point de départ les annexes du tube digestif. Cependant l'objection théorique que nous nous posions nous-même tout à l'heure peut être sinon réfutée du moins fortement ébranlée par cette considération clinique que nous mettrons en valeur en son temps, à savoir : que l'aspect de la langue est différent et caractéristique suivant le point de départ de l'intoxication.

A la suite des maladies gastro-intestinales, viennent se placer les maladies générales qui sont susceptibles de donner à la langue un aspect suffisamment caractéristique, suffisamment constant pour prêter à des considérations pathogéniques.

Nous diviserons ces maladies générales en maladies

fébriles aiguës et maladies chroniques. Parmi les maladies fébriles aiguës, nous ne prendrons que quelques types bien caractéristiques ; ainsi nous les diviserons en fièvres typhoïdes (typhus abdominal, typhus exanthématique, typhus récurrent, etc...), fièvres éruptives (variole, scarlatine, rougeole, rubéole, etc..) fièvres, pestilentielles (peste, fièvre jaune, etc...).

Quant aux maladies chroniques que nous passerons en revue, ce seront les intoxications chroniques, telles que les maladies de la nutrition et les maladies ayant pour cause première une utilisation défectueuse, des énergies et des processus vitaux : nous voulons dire le mal de Bright, la cholémie, etc...

Enfin ce seront les cachexies qui elles aussi retentissent sur la langue d'une façon particulière.

Cette énumération et rapide description nosologique une fois faite, nous présenterons d'abord une rapide esquisse du substratum anatomique et physiologique de notre description clinique : nous réunirons sous cette rubrique les notions locales qui permettent de comprendre la pathogénie des divers aspects que nous viendrons de passer en revue.

Nous clôturerons enfin cette étude par quelques notes thérapeutiques. Sous ce titre nous envisagerons succinctement l'attitude du praticien. Nous expliquerons que cette attitude doit être active, et nous essayerons de montrer à grands traits les principes dont elle devra s'inspirer.

I

Dans les maladies gastriques, l'état de la langue varie avec l'intensité des symptômes morbides et ceux-ci sont fonction de la cause qui leur a donné naissance.

C'est ainsi que sous le nom de gastrite catarrhale on désigne tantôt un trouble purement local et passager, tantôt le retentissement gastrique d'une infection générale.

Le véritable embarras gastrique, celui qui suit une ingestion exagérée d'aliments, s'accompagne toujours d'un certain degré de résorption toxique due à une décomposition des matières ingérées sous l'influence d'une digestion incomplète. Et c'est cette résorption (Bouchard) et les phénomènes fébriles qui lui font suite, qui constituent, lorsqu'ils se produisent avec une grande intensité et lorsque la prédisposition passagère du malade le permet, l'embarras gastrique fébrile.

Dans de tels cas et à un degré peu avancé du processus, la langue est épaisse, un peu élargie, molle ; sa couleur est blanche uniformément, sauf sur le dos, et plus

vers la base que vers la pointe où elle est légèrement jaunâtre.

A un degré plus avancé, elle est fortement saburrale, elle est recouverte d'un enduit épais, adhérent, jaunâtre et qui tend à occuper une place plus grande que dans le cas précédent. D'autre part l'organe est blanc sur le reste de sa surface, pointe et bords, très élargi, augmenté de volume, étalé ; la consistance est diminuée et les bords gardent l'empreinte des dents.

Avec la gastrite aiguë nous arrivons à un degré encore plus accentué et plus sévère. Mais là, nous avons en général un facteur infectieux tout à fait prédominant. Aussi, tandis que la cause déterminante actuelle et le premier plan du tableau clinique appellent l'attention sur l'estomac, l'état infectieux général ne doit pas être négligé. D'ailleurs l'état de la langue donne ici des renseignements précieux. Comme le signalait Broussais, la langue est pointue et épaissie dans le sens vertical et non pas étalée, elle est rouge à la pointe et sur les bords et ne porte qu'un peu d'enduit tout à fait sur la partie médiane. En un mot, c'est plutôt une langue fébrile qu'une langue de simple état gastrique.

Du reste, et c'est un point de séméiologie sur lequel nous insistons ici une fois pour toutes : chaque fois que nous verrons l'état gastrique local prédominer, la langue sera humide, blanche à la pointe et sur les bords, épaisse, étalée et plus ou moins recouverte sur le dos d'un enduit jaune ou jaune verdâtre. Au contraire, lorsque l'infection est plus généralisée, l'enduit tend à diminuer d'étendue, au moins lorsque la langue demeure sèche, il est plus fortement coloré, tandis que l'organe devient long, effilé, rouge à la pointe et sur les bords.

A propos de la gastrite aiguë nous avons montré la

distinction qu'il y avait à faire entre l'intoxication endogène et l'intoxication exogène, celle-ci ouvrant la voie aux phénomènes infectieux proprement dits. A propos de la gastrite chronique les deux genres d'intoxication se retrouvent aussi, mais le processus étant plus long et par cela même moins franc, les deux causes pathologiques déjà différenciées pour l'état aigu, d'une manière un peu théorique, se confondent ici encore davantage.

Aussi dans ce cas la langue est-elle rarement rouge, sauf naturellement lorsqu'il y a poussée congestive. La langue caractéristique de la gastrite chronique est sale, toujours humide, l'enduit épithélial n'est pas abondant, mais il est jaunâtre, adhérent, plus épais vers la base de la langue que partout ailleurs ; c'est la langue du catarrhe stomacal éthylique par exemple.

Comme nous le verrons à propos de la pathogénie, la langue ne se modifie dans les maladies de l'intestin que lorsque l'état de l'estomac se modifie lui aussi, dans ce cas elle est fortement saburrale. Elle se modifie encore dans les maladies de l'intestin quand ceux-ci participent à un processus hyperhémiant ou déterminent des phénomènes d'auto-intoxication, dans ce dernier cas elle est jaune verdâtre.

Dans tous ces cas la langue est humide, elle ne devient sèche que lorsque les tissus se déshydratent ou qu'une évaporation trop intense se produit sur la surface linguale. Mais n'abordons pas ces questions qui font partie du chapitre de la pathogénie, c'est là que nous placerons les notions qu'il est nécessaire de rappeler touchant les maladies de l'appareil respiratoire. Nous pensons, en effet, que tout notre travail est une sorte d'édifice (modeste sans doute) qui doit reposer entièrement sur une base pathogénique. C'est dans cette

subdivision que nous placerons également l'étude complète du retentissement sur l'état de la langue des altérations fonctionnelles des annexes du tube digestif (foie, pancréas).

Dans les fièvres éruptives, le processus hyperhémique au niveau du tégument et des muqueuses explique aisément les modifications de la muqueuse linguale. Dans tous les cas elle est rouge à la pointe et sur les bords. Le dos de l'organe est uniformément rouge au début, puis suivant la maladie en cause des modifications apparaissent.

C'est ainsi que, dans la variole, la rougeur intense du début coïncide avec le rash variolique et fait place ensuite à l'exanthème ; les papilles sont alors gonflées, hyperhémiées. L'organe est tuméfié, énorme, rouge ; nous avons affaire là à une véritable glossite qui évolue avec les caractères propres à ces affections.

La langue du scarlatineux est tout à fait caractéristique. Au début, lorsque les troubles des premières voies digestives sont en jeu, elle est saburrale, mais l'enduit disparaît rapidement. La perte de l'épithélium va même plus loin, puisqu'au lieu de s'arrêter à la disparition des cellules mortes, la langue se dépouille de son revêtement épithélial au point de présenter du troisième au sixième jour de la maladie une surface rouge écarlate, tuméfiée, couverte de grosses papilles qui lui ont fait donner le nom de langue framboisée. Vers le huitième jour la langue devient lisse, elle perd son aspect framboisé tout en restant rouge jusqu'à la fin de la période aiguë, c'est-à-dire vers le douzième jour. Alors elle reprend son aspect normal, modifié seulement par la perte d'épithélium que l'organe vient de subir.

Dans la rougeole, la langue participe à l'hyperhémie

considérable et caractéristique des premières voies digestives et respiratoires ; saburrale au début, elle le reste toujours davantage que dans la scarlatine ; cela s'explique par les symptômes respiratoires qui tendent à sécher l'enduit lingual. Du reste l'enduit grisâtre siège tout à fait à la partie médiane du dos de la langue et sa coloration tranche peu avec la teinte rouge vif de la pointe et des bords.

Quant à la langue des malades atteints de rubéole, il nous a semblé, d'après les cas cliniques que nous avons observés, que ce qui prédomine c'est la coloration blanche, les bords et la pointe sont rouges, mais assez modérément, et tout le dos est blanc sale.

La langue du typhique a été bien souvent décrite. Nous ne nous appesantirons donc pas. Faisons toutefois remarquer que, depuis les traitements modernes et surtout la balnéation froide, elle revêt bien moins souvent qu'autrefois les aspects extrêmes de son évolution morbide. Nous insisterons en temps voulu sur l'explication de l'aspect sec, rôti, fendillé, recouvert de mucus, desséché, noirci par l'exsudation de sang qui caractérise la langue du typhique.

La différence entre cette langue fortement chargée qui traduit l'atteinte portée au tube digestif et celle que l'on trouve dans le typhus exanthématique est très typique. Dans cette dernière maladie, la langue est rouge, injectée au début et jusqu'à la période d'éruption (du troisième au cinquième jour). Puis les phénomènes nerveux s'accentuant et passant au premier plan du tableau clinique, la langue est blanche au milieu mais sans jamais être fortement saburrale comme dans le typhus abdominal.

Contrairement à ce qu'on attendait à priori, dans

la fièvre récurrente, la langue reste humide, elle est à peine recouverte d'un léger enduit saburral. Il est vrai que les symptômes d'embarras gastrique sont plus violents que prolongés et que les signes d'intoxication sont assez peu accentués dans cette pyrexie.

La grippe à forme principalement accusée du côté du tube digestif présente quelque chose de particulier au point de séméiologique. L'état saburral de la langue existe fréquemment, mais on a décrit un état vernissé, porcelainique, qui serait caractéristique de cette infection. L'état saburral de la langue est plutôt tardif et dure longtemps après la guérison de la fièvre, témoignant par sa persistance de la lenteur que le tube digestif met à revenir à son état normal.

Les maladies désignées sous le nom de maladies pestilentielles, ayant un caractère plus épidémiologique et sanitaire que nosologique, offrent relativement moins d'intérêt au point de vue de la séméiologie de la langue.

Dans le choléra, la langue s'effile, se ratatine à la période algide. Nous verrons au chapitre de la pathogénie que cette apparence est fonction de la violente déshydratation des tissus. La couleur bleue que présente encore la langue du cholérique est due à la cyanose qui envahit toutes les parties de l'organisme qui se rapprochent des téguments externes.

Dans la fièvre jaune, la langue passe par deux phases bien distinctes. Dans une première, c'est une langue de pyrexie, rouge, sèche, à peine blanche au milieu. Dans la phase de l'ictère, l'enduit s'épaissit, elle devient verdâtre.

La langue, dans la peste, est assez caractéristique : au début elle est volumineuse et encore humide, recouverte d'un enduit blanchâtre, sauf à la pointe et aux bords qui restent d'un rouge vif. Puis le dos se sèche, se couvre d'un dépôt brun-jaunâtre; plus tard encore la langue devient tout à fait sèche, noire, se fendille et revêtirait tout à fait l'aspect de la langue de la typhoïde, n'était la bande dorsale bleue qui la distingue dans la majorité des cas.

L'étude de la séméiologie de la langue dans les nombreuses maladies dystrophiques et par intoxication endogène ou exogène ne présente guère d'intérêt, si ce n'est au point de vue de la pathogénie pure. Aussi nous avons pensé que l'état de la langue reconnaissant dans ces cas des facteurs toxiques ou mécaniques manifestes, et d'autre part cet état étant commun à plusieurs de ces maladies sans offrir de signes diagnostiques suffisamment intéressants, nous avons pensé, disons-nous, qu'il serait plus logique de les étudier dans les pages qui vont suivre.

C'est là que nous étudierons d'une manière systématique, mais avec un plan mieux construit, puisqu'il essaiera d'être étiologique, comment se rallient les symptômes aux divers états morbides.

II

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Avant de passer à l'étude de la pathogénie, il nous semble indispensable de lui donner une base anatomique et physiologique ; c'est ce que nous allons faire dans ces quelques pages.

La base de la langue est très large, à cause de l'écartement des muscles à ce niveau ; elle se continue en avant avec le plancher de la bouche ; la partie postérieure de l'organe ou partie pharyngienne étant seulement témoin du passage des aliments au cours de la déglutition et n'étant pas soumise à l'action modificatrice de leur séjour ne nous intéresse pas, d'ailleurs sa structure histologique diffère d'avec la portion antérieure ou buccale.

Le sommet de la langue présente souvent un petit sillon qui réunit celui de la face supérieure à celui de la face inférieure. La face supérieure ou dos est parcourue

d'arrière en avant sur la ligne médiane par un sillon peu marqué en général à l'état normal, mais qui prend une grande valeur dans l'état pathologique ; sur ce sillon, en effet, les rangées de papilles tombent obliquement, comme les barbes d'une plume sur leur tige.

La face inférieure de la langue nous intéresse peu et nous ne ferons que signaler dans cette région, de chaque côté de la ligne médiane et à la partie inférieure, deux petits tubercules adossés de part et d'autre du frein et qui sont les embouchures des conduits de Wharton, canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires.

Les bords de la langue sont arrondis et en contact intime, — ceci est important, — avec les dents de la mâchoire inférieure.

Nous n'insisterons pas sur les soutiens ostéo-fibreux de la langue. Les muscles sont plus intéressants, car ils prennent une part active aux modifications de cet organe ; cependant leur étude n'importe guère en l'espèce, car ce sont les maladies nerveuses et musculaires qui jouent surtout un grand rôle dans les déformations statiques et dynamiques de la langue.

Sappey ne décrit que des muscles extrinsèques, prenant, comme leur nom l'indique, leur origine d'insertion en dehors de l'organe. La description d'un muscle transverse, étendu de part et d'autre du fibro-cartilage médian aux bords de la langue, est cependant des plus utiles, justement pour le sujet qui nous occupe.

En somme on trouve, sous la muqueuse, les fibres longitudinales qui forment une sorte d'étui à l'organe ; sous celles-ci des fibres transversales qui croisent les premières à angle droit et qui réduisent les dimensions transversales de la langue comme les premières réduisent les dimensions antéro-postérieures ;

enfin des fibres verticales entremêlées avec les précédentes, isolables surtout au milieu et aux bords et qui contribuent à diminuer les dimensions supéro-inférieures. La terminaison de ces fibres mérite d'attirer l'attention : elles vont se fixer à la face profonde du derme de la muqueuse, quelques-unes adhèrent aux glandes muqueuses de la base de la langue et un grand nombre pénètrent dans le derme.

La muqueuse linguale devient de plus en plus épaisse à mesure que l'on approche de la face dorsale où elle atteint 4 à 5 millimètres ; elle entoure l'organe comme d'un étui qui est adhérent à la face supérieure sur le dos et beaucoup moins à la pointe et aux bords.

L'aspect superficiel de la langue est rose lorsque la desquamation est produite par une influence mécanique : nettoyage artificiel ou nettoyage naturel par l'alimentation et les diverses sécrétions. A la surface de la langue, on trouve un sillon médian antéro-postérieur qui parcourt toute l'étendue de la face dorsale et dont on voit un prolongement sur la pointe. De ce sillon médian on voit partir une foule de sillons interpapillaires, obliques d'arrière en avant.

La portion de la langue comprise en avant du V lingual, la portion gustative en un mot, est remarquable par la présence des papilles. Parmi celles-ci, les plus intéressantes sont les papilles fongiformes et filiformes. Les premières, disséminées sur la surface de la langue et très abondantes du côté de la pointe, sont rouges, volumineuses, et lorsqu'elles sont hyperhémiées font une saillie vivement colorée au-dessus du niveau de la muqueuse. Leur prédominance dans la région de la pointe explique la teinte rouge vif que cette portion de l'organe prend si fréquemment dans les pyrexies.

Sur les papilles filiformes, l'épithélium a un aspect tout particulier ; il forme des prolongements semblables à des cils qui peuvent atteindre et même dépasser 2 millimètres de longueur. Très nombreux sur chaque papille, ces filaments sont formés par les cellules épithéliales superficielles cornées, aplaties et superposées, qui se transforment en filaments, se divisant à leur tour et se terminant en pointe à la manière d'un pinceau.

Enfin les glandes de la langue sont des glandes muqueuses analogues à celles que l'on décrit dans la muqueuse buccale. La pointe et les bords sont également riches en glandes muqueuses ; les glandes folliculeuses que l'on décrit comme superposées à la couche des glandes muqueuses ont la plus grande analogie de structure avec l'amygdale. Certains auteurs appellent leur groupe amygdalo-lingual. Leur présence semble jouer un rôle important dans la coloration blanche de la langue lorsque cet organe reste mou et humide.

Nous n'insisterons pas sur l'innervation de la muqueuse linguale, innervation tactile et gustative, ni sur la distribution des nerfs moteurs, tout cela nous écarterait de notre sujet et nous entraînerait à des longueurs.

Quelques mots sur la composition de salive normale trouveront mieux leur place ici. On sait que, normalement mise au repos dans une éprouvette, elle laisse déposer une couche de cellules épithéliales et de corpuscules microscopiques particuliers à cette sécrétion (épithélium buccal, globules muqueux, cristaux de carbonate de chaux, détritus d'aliments, microbes). La réaction normale de la salive mixte est légèrement alcaline (Cl. Bernard). Quelquefois elle est acide au tournesol. Pour Cl. Bernard, le phénomène pourrait s'expliquer par une fermentation acide (butyrique ou lactique)

des parcelles alimentaires adhérentes aux gencives et aux dents. On a constaté aussi dans certaines maladies fébriles et infectieuses, dans le diabète maigre à marche rapide, que la salive était sécrétée acide d'une façon nette et durable. La salive s'altère rapidement, elle a tout ce qu'il faut pour cela : matières organiques et microorganismes abondent.

Les phénomènes sécrétoires intéressants au point de vue séméiologique seront mieux à leur place au chapitre traitant de la pathogénie.

III

PATHOGÉNIE

Nous venons d'examiner successivement quel était l'état de la langue dans les différentes maladies. Nous devons maintenant nous demander le pourquoi. Comment et par quel mécanisme une maladie du rein, par exemple, peut-elle avoir un retentissement sur l'aspect de la langue ? C'est ce que nous nous proposons d'expliquer dans ce chapitre de pathogénie.

Nous ne pensons pas pour cette étude devoir reprendre chaque maladie en particulier; outre que cette façon de procéder nous entraînerait beaucoup trop loin, elle nous exposerait aussi à de constantes redites. De plus, et cela est plus important, l'aspect de la langue n'étant pas toujours absolument constant pour une même maladie, il nous serait impossible d'être complet, sans cesse nos explications seraient mises en échec par la clinique.

Nous étudierons donc les causes immédiates des diffé-

rents états et aspects de la langue considérés en eux-mêmes, d'un mot nous les rattacherons à l'affection initiale. Si nous analysons les différents états, nous voyons que la langue peut être sèche, vernissée, qu'elle peut présenter des colorations très variables allant du blanc au noir en passant par le vert, le bleu, le rouge vif. Elle peut être aussi modifiée dans sa forme, puisqu'elle est tantôt large, grosse, étalée ou au contraire ronde, enfin elle peut être craquelée.

De la sécheresse de la langue. — Les causes de la sécheresse de la langue sont d'ordre physique et nerveux. L'ordre physique : toutes les causes de grande déshydratation rentrent dans cette catégorie. Ce sont les hémorrhagies abondantes des soldats blessés sur les champs de bataille, les hémorrhagies des grands traumatismes, celles encore de l'accouchement pathologique, des ruptures utérines, etc. Dans cette catégorie se rangent encore les diarrhées répétées d'un grand nombre d'intoxications, celles des infections colibacillaires, dysentériques, bacillaires, cancéreuses, syphilitiques, typhiques, actinomycosiques, etc.

En dehors même des infections ou intoxications immédiates de l'intestin, on trouve encore de la diarrhée dans un grand nombre de maladies, bien qu'il ne semble pas y avoir une lésion de l'intestin. Telles sont les diarrhées fonctionnelles d'origine gastrique, d'origine hépatique. On connaît les diarrhées qui surviennent dans les cardiopathies arrivées à la phase asystolique. N'oublions pas surtout de citer les diarrhées des maladies des reins, des voies urinaires et des capsules surrénales.

Parmi les causes d'ordre physique, rentre encore le manque d'absorption des liquides apportés par l'alimen-

tation : les compressions ou gênes dans la circulation de la veine porte aboutissent à ce résultat.

Au même titre que les diarrhées, les grandes polyuries donnent de la sécheresse de la langue, C'est ce que l'on trouve dans le diabète, dans certaines affections nerveuses. Nous pouvons aussi mentionner les grandes sueurs, bien que nous n'ayons jamais observé personnellement que les sueurs pathologiques, celles des bacillaires par exemple, fussent suivies de sécheresse de la bouche.

Parmi les causes physiques de la sécheresse de la langue, nous devons une place très importante à l'évaporation. Lorsque la bouche est ouverte, la langue est sans cesse en contact avec un double courant d'air qui produit à sa surface une évaporation intense. Il suffit pour s'en rendre compte de respirer un instant par la bouche. On a observé aussi fréquemment, chez des individus auxquels il manquait une ou deux incisives au maxillaire supérieur, que la langue était sèche sur le trajet laissé libre à l'air par l'absence de dents, alors qu'elle était humide sur le territoire non soumis à l'évaporation. Il résulte de ceci que toute cause qui oblige à respirer par la bouche tend à dessécher la langue.

Piorry conclut ainsi : « C'est donc plutôt la souffrance des organes respiratoires que celle de l'appareil digestif qui cause la sécheresse de la langue ; voilà pourquoi la langue est habituellement très sèche dans la pneumonie à un haut degré, surtout lorsqu'elle est accompagnée de coryza ; qu'il en est ainsi dans la pleurésie et dans toute autre affection aiguë de l'appareil respiratoire qui accélère le passage de l'air en même temps que celui-ci est gêné dans les cavités nasales ; que la fièvre accompagnée de fréquentes contractions du cœur, et par suite de mou-

vements fréquents de la respiration, dessèche la langue, que la souffrance du foie, de l'estomac, des intestins, du péritoine, gênant l'abaissement du diaphragme, précipitant la respiration et causant de la fièvre, doit produire le même effet. »

Nous nous rallions à ces conclusions en faisant remarquer toutefois qu'elles n'attribuent à la fièvre le degré de siccité de la langue que par un mécanisme détourné : en précipitant les mouvements du cœur et de la respiration.

Si nous adoptons cette manière de voir, c'est qu'elle nous semble seule capable de donner l'explication de bien des faits cliniques très importants sur lesquels nous reviendrons d'ailleurs après avoir dit un mot de la théorie de l'hyperthermie.

Pour nombre de cliniciens, l'état de sécheresse de la langue serait l'effet d'une température trop élevée. La langue deviendrait sèche ou rôtie à partir d'une température déterminée aussi constante par exemple qu'est celle de la coagulation de l'albumine de l'œuf ou de l'ébullition de l'eau. Avec M. le professeur Vires nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, la clinique nous apporte chaque jour des faits en opposition formelle avec cette idée. Par quel mécanisme l'hyperthermie produirait-elle cette dessiccation ? Nous ne le voyons pas très bien, la sudation des fiévreux ne suffit pas, nous semble-t-il, à l'expliquer, souvent elle fait défaut. L'état de siccité de la langue n'est pas en raison directe du degré de la température du corps. Enfin, pour ne choisir que ceux-ci, les deux faits cliniques suivants qui sont de notion courante suffisent, croyons-nous, à ruiner complètement cette théorie. Nous avons tous remarqué que beaucoup de typhique, pour ne pas dire le plus grand nombre, ne

présentent pas avec la balnéation froide, malgré une fièvre élevée, la langue rôtie habituelle des infections éberthiennes intenses, qu'elle restait au contraire dans un état d'humidité voisin de l'état normal.

Fait peut-être plus important encore, et nous ne faisons là que rapporter l'observation de notre maître M. le professeur Vires, chez les vieillards la pneumonie qui ne s'accompagne pas d'hyperthermie n'en est pas moins caractérisée par une langue sèche, craquelée, qui à elle seule autorise presque à affirmer le diagnostic.

Que nous répondront les partisans de la théorie de l'hyperthermie? Que le bain froid abaisse la température du corps, nous le reconnaissons avec eux, mais nous nous empressons d'ajouter que cet abaissement n'est pas durable, mais au contraire tout à fait passager. Si, dans cette observation, nous trouvons de l'hyperthermie sans langue rouge, nous trouvons dans celle de la pneumonie des vieillards une langue rôtie sans hyperthermie. De la dissociation de ces deux phénomènes, nous croyons pouvoir conclure qu'il n'y a pas entre eux le rapport de causalité qu'on leur attribue.

Revenons au contraire aux conclusions de Piorry, nous nous expliquerons alors fort bien l'effet de la balnéation froide. N'est-ce pas en régularisant la respiration, en calmant la dyspnée, que le bain froid a, dans la typhoïde, pour conséquences heureuses de maintenir à la langue son état normal dans un grand nombre de cas. Dans la pneumonie des vieillards, si la fièvre manque, la gêne apportée à la respiration et à la circulation par un foyer d'hépatisation pulmonaire plus ou moins considérable n'en laisse pas moins persister la dyspnée.

Comme on le voit, les conclusions de Piorry sont en concordance absolue avec l'expérience; si nous ne pou-

vons pas faire rentrer dans leur cadre tous les cas de siccité de la langue, c'est que ceux-ci peuvent tenir à d'autres causes ; nous avions déjà parlé des grandes deshydrations, il nous reste à voir les causes que l'on peut rapporter au système nerveux. Ces causes sont d'ordre toxique : soit exotoxiques, soit endotoxiques.

Parmi les toxiques utilisés en thérapeutique, nous trouvons l'atropine. « La sécheresse de la bouche et du pharynx, la gène considérable de la déglutition, la suppression de la sécrétion salivaire sont des faits constants dans l'administration de la belladone à doses élevées ; ils sont sous la dépendance de la paralysie des fibres sécrétoires de la corde du tympan. Dans l'atropinisme aigu, la dysphagie peut aller jusqu'à simuler la phagophobie de la rage et à provoquer des troubles dans l'articulation des mots. Il est digne de remarque que chez l'animal atropinisé l'électrisation de la corde du tympan provoque, comme à l'état normal, une vaso-dilatation intense alors qu'elle ne provoque plus l'hypersécrétion salivaire. L'action porte donc électivement sur les fibres sécrétoires » (Martinet).

L'étude des toxiques d'origine endogène est plus délicate, surtout si nous prenons en considération le peu que nous savons sur l'action intime des divers poisons ou plus exactement des divers cycles toxiques dont nous allons citer quelques rapides exemples.

Et d'abord, nous dira-t-on, qu'entendez-vous par cycle toxique ? Nous désignons ainsi l'ensemble des phénomènes morbides dans lesquels une intoxication sert d'intermédiaire entre plusieurs faits dont les uns peuvent être considérés comme la cause des autres. Ainsi, par exemple, nous avons affaire à un corps toxique qui

produit dans des circonstances particulières, souvent réalisées, une lésion peu définie sur un organe donné. A son tour la lésion de cet organe va engendrer des corps toxiques endogènes qui réagiront sur d'autres organes et sur l'organisme tout entier pour produire des lésions plus généralisées. C'est ce que nous appelons un cycle toxique.

C'est ainsi que nous trouvons une maladie née d'hier et actuellement démembrée, nous voulons parler de l'artério-sclérose. Dans un tel état morbide, la langue en général blanche, un peu jaunâtre au milieu et toujours humide, doit probablement cet aspect à l'état gastrique qui manque rarement. On verra que nous attribuons à une exsudation de pigments biliaires la coloration jaunâtre ainsi que le goût amer dont se plaint le malade. Dans le mal de Bright, la langue est plutôt blanche que jaunâtre. L'urémie fait des symptômes nerveux de vaso-constriction, de spasme, elle ne crée pas d'enduits plus ou moins colorés.

Il est un domaine plus mystérieux des actions endotoxiques où nous ne nous risquerons d'ailleurs qu'avec la plus grande prudence. Nous songeons ici aux troubles de sécrétions des glandes endocrines et en particulier des glandes vasculaires sanguines telles que la thyroïde, l'hypophyse, les capsules surrénales.

Disons tout de suite, d'ailleurs, que nous ne citerons que les troubles présents dans quelques maladies, et qui nous paraissent s'expliquer d'une manière fort simple par un mécanisme dans lequel nous saisissons très bien, au moins le stade immédiatement pathogénique.

Ainsi dans le goître exophtalmique la langue est sèche quand la dyspnée s'installe, par évaporation ; elle devient

sale et jaunâtre quand il y a des troubles gastriques et de l'ictère.

Le myxœdémateux a une langue épaisse, sèche et habituellement sale pour une raison plus directement rattachée à l'insuffisance thyroïdienne. En effet, dans de tels cas, les sécrétions se tarissent, les muqueuses se sèchent, leur derme s'épaissit, toutes les fonctions se ralentissent ; les fonctions de nettoyage de la langue ne font pas exception à la règle.

Au cours de la maladie d'Addison, la langue est au début fréquemment saburrale, eu égard au mauvais état gastrique et à la stase alimentaire. Vers la fin de la maladie, quand la diarrhée s'est installée, elle devient sèche comme dans toutes les cachexies avec rapide perte de l'eau des tissus. Nous ne parlons pas naturellement des taches noires de pigmentation qui ne font pas partie du cadre séméiologique que nous nous sommes tracé.

Dans l'acromégalie enfin, la langue, monstrueusement épaissie, est sale parce qu'elle ne peut être nettoyée par les aliments, et sèche parce qu'elle est exposée à l'air ; mais le trouble hypophysaire ne semble pas jouer de rôle particulier dans ces phénomènes.

Nous sommes peut-être sorti ici du plan que nous nous étions tracé, puisque nous étudions la sécheresse de la langue et que les troubles d'origine autotoxique ne se manifestent pas uniquement par ce symptôme. Mais nous avons préféré montrer dans ses grandes lignes quel était le retentissement sur la langue des troubles d'origine autotoxique.

Les conséquences de la sécheresse de la langue sont d'abord celles qui tiennent au rôle digestif de la salive. Elles sont encore celles ayant trait à la prononciation et à la déglutition.

Piorry nous rapporte à ce sujet l'observation suivante :

« Une malade de l'Hôtel-Dieu atteinte d'entérite typhohémique ne pouvait pas parler. Plusieurs élèves interrogés attribuaient ce symptôme à une souffrance cérébrale. Le nez était bouché, la bouche ouverte, la langue sèche ; on humecta celle-ci avec de l'eau et quelques enduits furent enlevés ; la parole devint sur-le-champ très distincte, et on ne songea plus à rapporter à l'encéphale un symptôme dû à une disposition toute physique et toute appréciable de la langue. C'était peut-être la dixième fois que j'avais eu l'occasion d'observer des faits du même genre. »

Cette observation n'a rien qui nous surprenne ; nous avons remarqué aussi cette aphonie, non pas peut-être dans « l'entérite typhohémique », mais dans les états cachectiques de la tuberculose et du cancer. Il est probable que l'on doit la trouver encore dans certains états morbides caractérisés par la sécheresse de la muqueuse buccale ; les cholériques présentent souvent, paraît-il, une certaine difficulté de prononciation allant parfois même jusqu'à l'aphonie.

A la suite de l'étude de la sécheresse de la langue nous devons placer celle des enduits et de leurs colorations qui en sont pour une grande part la conséquence. Quel que soit d'ailleurs le mécanisme de leur apparition, et nous en avons déjà parlé en traitant de la dessiccation, nous devons nous demander de quoi sont faits ces enduits.

D'après les auteurs, on doit les attribuer aux cellules épithéliales sans cesse en voie de desquamation. M. le

professeur Roger s'exprime ainsi : « Cet enduit se développe chaque fois que la surface de la langue est insuffisamment nettoyée, soit parce que les sécrétions salivaires et buccales sont amoindries, épaisses, soit parce que l'alimentation est insuffisante ou supprimée. D'autre part, la diminution des sécrétions entraîne la sécheresse de la muqueuse et conséquemment l'opacité des cellules épithéliales qui deviennent ainsi plus visibles. »

Outre ces cellules épithéliales, on trouve encore des leucocytes et quelques débris alimentaires et d'innombrables microbes. L'état saburral se trouve, nous l'avons vu, dans un grand nombre d'états morbides, c'est presque une règle que les grandes infections ont un retentissement, nous ne dirons pas intentionnellement sur l'estomac ou sur le tube digestif, mais sur les éléments nerveux qui président aux sécrétions de ces organes. Pourquoi dans l'embarras gastrique consécutif à une mauvaise digestion la langue est-elle blanche, épaisse ? En raison justement d'une sécrétion salivaire défectueuse, tant au point de vue de la quantité qu'à celui de la qualité, la sécrétion est très diminuée et se trouve formée à peu près exclusivement de mucus.

La question ainsi n'est peut-être pas résolue, on nous demandera pourquoi dans l'embarras gastrique la sécrétion est très diminuée. Nous ferons intervenir ici un mécanisme réflexe ayant pour point de départ l'estomac.

Dans l'embarras gastrique, en effet, nous dit Cade dans son Traité des maladies de l'estomac, on note la desquamation partielle des éléments de l'épithélium de revêtement général de la muqueuse de l'estomac ; les glandes sont peu altérées, mais en tout cas leur fonctionnement se trouve temporairement inhibé de façon plus au moins complète. Il ajoute : l'intestin participe le plus

souvent au processus. Nous trouvons là l'image de ce qui se passe sur la langue : desquamation épithéliale, inhibition de la sécrétion, et nous ne pouvons l'attribuer qu'à un mécanisme réflexe. Piorry croyait à l'origine salivaire des enduits de la langue : « On n'admettra pas, disait-il, que des fluïdes contenus dans l'estomac remontent sur la langue pour s'y dessécher et la recouvrir. Il faut cependant que l'enduit lingual ait une source : celle-ci me paraît être principalement la salive desséchée. » Nul doute que certains sels contenus dans la salive ne se retrouvent dans les enduits, mais ils ne peuvent en composer qu'une partie infime. Nous l'avons vu, l'origine des enduits provient surtout de la desquamation de l'épithélium lingual ; si cette desquamation se fait sur la face dorsale, c'est que cette partie de la langue est la plus élevée, la plus en rapport avec le trajet de l'air et conséquemment la plus exposée à la dessiccation.

On trouve encore dans la composition des enduits des déchets alimentaires. Normalement les aliments ne restent pas sur la surface linguale, ils y glissent aidés par les mouvements de cet organe et par la salive qui leur sert de véhicule, les enrobe et lubrifie en quelque sorte les parois buccales.

Au contraire la salive vient-elle à manquer, devient-elle épaisse, visqueuse, uniquement formée de mucus, les mouvements de la langue seront pénibles, les aliments n'auront plus le véhicule nécessaire, ils ne glisseront plus ou incomplètement, la couche de mucus qui couvre la langue fixera les parcelles alimentaires, particulièrement les matières amylacées, l'enduit deviendra très épais.

C'est alors qu'interviennent les nombreux microbes que l'on rencontre sur la surface buccale ; trouvant

là un milieu de choix, ils se multiplient abondamment, soumettant les matières amylacées à une sorte de fermentation aboutissant à l'acidification de la salive. Il n'est donc pas nécessaire, pour expliquer l'origine des enduits, de les attribuer à des régurgitations de l'estomac ou même à un processus inflammatoire de la langue. Piorry remarque avec beaucoup de justesse que, si l'on détache ces enduits avec soin, les papilles, les glandes muqueuses apparaissent avec leur couleur et leur consistance normales.

A la suite de l'étude des enduits, nous placerons maintenant celle de leur coloration. Ces enduits, en effet, ne se maintiennent pas constamment à leur coloration primitive blanc-grisâtre, des degrés de dessiccation plus intenses les font passer de cette couleur aux couleurs brunes et même noires.

Voici comment Piorry démontra le rapport des différents degrés de dessiccation avec les divers coloris. L'expérience assez curieuse nous est rapportée par M. le professeur Roger : « Il fait évaporer à 37°, dans une capsule de porcelaine, une certaine quantité de salive humaine ; à mesure que l'évaporation s'avance, la capsule se recouvre d'un dépôt *gris brunâtre* qui peu à peu devient *brun noir*. » Inutile d'aller chercher plus loin l'explication de ce phénomène que, dans les dyspnées intenses et surtout longtemps prolongées, la langue devient souvent très noire. Cette expérience nous semble suffisamment concluante. Faisons toutefois remarquer que là n'est pas l'unique source des colorations des enduits, une autre moins fréquente peut-être mais d'un intérêt non moindre sera mentionnée à propos des craquelures de la langue.

Parmi la gamme de coloris qui nous amène du grisâtre au brun noir, nous ne trouvons pas cette couleur jaune-verdâtre si fréquemment rencontrée en clinique, et Piorry dans son expérience ne la mentionne pas non plus. Comment donc nous en expliquer l'origine ? C'est ce que nous allons rechercher.

De la couleur jaune-verdâtre des enduits. — La dessiccation, avons-nous dit, ne peut expliquer cette coloration ; comment donc se produira-t-elle ? Etablissons si vous le voulez bien deux hypothèses : pourquoi ne penserait-on pas pouvoir attribuer à la bile une coloration qui présente avec elle tant d'analogies ; ou bien ne pourrait-on pas admettre qu'elle soit le résultat de fermentations microbiennes ? De ces deux hypothèses, nous retiendrons seulement la première. Pour apprécier la valeur de la seconde il nous faudrait recourir à l'expérimentation du laboratoire, ces moyens ne sont pas de notre ressort. Nous ne fondons pas d'ailleurs sur cette conception de grandes espérances ; pourquoi cette fermentation aboutissant à l'état jaune-verdâtre de la langue ne se produirait-elle pas à l'état sain. Si l'on nous objecte que c'est justement parce qu'à l'état sain la langue ne présente pas l'enduit, le milieu nécessaire au développement de la flore microbienne, nous répondrons qu'il y a nombre de cas où la langue offre un enduit blanc et n'arrive jamais à présenter cette teinte verdâtre. Piorry, sans avoir pu le démontrer, croyait à l'origine biliaire de cette coloration, « la nature même de la salive, disait-il, correspond à celle du sang et conserve quelques-uns des éléments qui se rencontrent dans ce liquide. Ceci est surtout applicable à la teinte jaune qui recouvre la langue. Dans les cas de souffrance du foie et d'obsta-

cle au cours de la bile, tous les tissus solides sont colorés en jaune ; quelques fluides, tels que l'urine et la sueur, sont dans le même cas. Il est probable qu'alors la salive et les mucus contiennent une petite proportion de cette matière colorante qui, accumulée sur la langue, lui donne la teinte dont je parle ». Nous sommes tout à fait disposé à partager cette façon de voir. Cependant une objection très sérieuse vient à l'encontre de cette hypothèse, nous ne l'ignorons pas. Puisque vous croyez à l'origine biliaire de la coloration, a-t-on-dit, il vous est un moyen facile de vous en assurer, cherchez si dans la salive vous ne pourriez pas déceler la présence de bile. Or la spectroscopie venant à l'appui de la réaction de Gmelin montra que la salive n'en contenait pas. Chauffard notamment n'en a pas trouvé. Malgré cette objection nous n'en restons pas moins fidèle à notre conception première, plusieurs raisons nous y déterminent. Il est probable que la salive examinée par des expérimentateurs, dont nous ne songeons pas un instant à mettre en doute la compétence, ne contenait pas effectivement de bile ou tout au moins de traces décelables par les procédés usités. Mais justement ces procédés sont-ils bien à l'abri de toute critique? L'oxydation que l'on cherche à provoquer par la réaction de Gmelin sur la bilirubine ne s'est-elle pas déjà accomplie sous l'action des oxydases contenues dans la salive?

Nous n'insisterons pas, mais nous rappellerons que Gilbert et Lereboullet ont décrit sous le nom de cholémie familiale des ictères constitutionnels, compatibles avec une santé relativement bonne, caractérisés par une légère coloration de la peau s'accentuant par poussées, par la présence de pigments biliaires dans le sang et

leur absence dans l'urine; d'où leur nom d'ictères acholuriques. Si nous rapprochons ce fait de celui qui nous occupe, nous trouvons entre les deux une singulière analogie.

Dans le premier cas, pas de bile dans la salive ; dans le second, pas de bile dans l'urine ; or ici il y a ictère, nous admettons que la bile ne passe pas en quantité considérable dans le filtre rénal puisque nous n'avons dans ces cholémies qu'une légère coloration des téguments, mais néanmoins nous nous demandons s'il n'est pas naturel de penser qu'une certaine quantité de pigments biliaires, très minime sans doute, n'ait pu échapper aux recherches des observateurs. Ce serait alors démontrer l'insuffisance de ce procédé de recherche, et l'objection que l'on nous pose à propos de l'origine de la coloration des enduits perdrait une bien grande part de sa valeur.

Une autre partie de cette technique attire aussi notre attention. Il nous paraît bien difficile de recueillir une grande quantité de salive mixte, normalement sécrétée. Nous ajoutons avec intention normalement sécrétée, car tout procédé artificiel tendant, dans le but d'une analyse, à provoquer une hypersécrétion des glandes salivaires, entraîne, du fait de l'excitation, une modification dans la composition de la salive, celle-ci devient en effet essentiellement aqueuse et se trouve dépourvue des principes que l'on se proposait justement d'y rechercher.

Nous ne pensons pas, soit dit en passant, que la quantité de bile nécessaire à la coloration de l'enduit lingual doive être bien considérable.

Nous sommes encore poussé, pour des raisons histologiques, à attribuer à la bile la coloration des enduits. Les glandes mammaires et les glandes salivaires ne pré-

sentent-elles pas une structure très analogue, est-ce que les unes et les autres ne sont point des glandes en grappe ? Or, des recherches ont montré que la bile se rencontrait parfois dans le lait (Chauffard). Pourquoi ne passerait-elle pas dans des glandes de même texture ? Une sensation, toute subjective il est vrai, plaide encore en faveur de notre façon de voir. De nombreux malades se plaignent souvent, en même temps qu'ils présentent une langue saburrale, de ressentir une saveur amère. Les sels biliaires (taurocholates et glycocholates de soude n'ont-ils pas justement ce caractère d'amertume très prononcé ?

Notre dernier argument, bien qu'il soit du ressort de la clinique, nous paraît des plus intéressants. Nous avons vu que l'état suburral jaune-verdâtre se rencontrait dans un grand nombre d'affections reconnaissant le plus souvent pour origine le tractus digestif. Pour les résumer, disons que c'est surtout dans l'ictère et dans les affections gastriques que l'on rencontre ce symptôme. Mais si l'on a constaté que c'est justement dans l'ictère que la coloration de la langue est le plus intense, c'est-à-dire lorsque l'existence de bile dans le sang n'est pas douteuse, nous devons logiquement admettre qu'il y a là un rapport manifeste, une relation étroite que nous ne devons pas perdre de vue.

De plus, nous croyons qu'il n'y a pas de langue jaune sans qu'il se rencontre en même temps un léger degré d'ictère. Dans les affections gastriques, qu'elles soient primitives ou secondaires, la langue n'est sale qu'en tant que ces affections sont de nature infectieuse ou toxique. La langue reste normale dans un grand nombre de gastralgies, dans les dyspepsies nerveuses, dans l'ulcère elle conserve très souvent sa coloration normale. « La langue est sale, nous dit Debove, dans la gastrite aiguë et dans

la gastrite chronique ; c'est-à-dire que l'on retrouvera souvent ce signe quand il y aura dilatation ou cancer.» Ce sont là justement, — nous parlons pour la dilatation et le cancer, — des états pathologiques entraînant des auto-intoxications ; dans le premier cas celles-ci reconnaissent pour origine les fermentations stomacales anormales, dans le second les cellules néoplasiques. Or on connaît l'importance des toxiques dans l'étiologie des ictères.

Les gastrites, avons-nous dit, provoquent un état saburral de la langue, mais nous faisons une restriction, toutes ne lui donnent pas la coloration jaune-vert ; on rencontre souvent la teinte blanche. Celle-ci dénote, croyons-nous, une lésion stomacale légère de nature irritative, sécrétoire plutôt qu'infectieuse (1). De sorte que pour nous la langue verte n'est pas tant en rapport avec les divers degrés anatomo-pathologiques des gastrites qu'avec la virulence des agents infectieux ou toxiques qui leur ont donné naissance.

A la suite de l'étude des colorations des enduits pathologiques nous devons rappeler que le mucus lingual retient, grâce à sa viscosité, des parcelles alimentaires qui peuvent lui faire prendre des teintes très diverses dont le clinicien n'a pas lieu le plus souvent de tenir compte.

Au point de vue médico-légal et dans une suite d'idées chromatologiques, il est encore utile de connaître les colorations produites par les caustiques. Il peut encore être intéressant de les connaître au point de vue thérapeutique, pour le choix de l'antidote à employer, lorsque le malade ou son entourage sont hors d'état de rensei-

---

(1) Voir plus haut pathogénie de la langue blanche.

gner sur le toxique ingéré. Nous empruntons à Bouchard la symptomatologie de ces intoxications :

Gris blanc : acide sulfurique, acide oxalique, acide phénique;

Jaune : acide azotique (si l'action est seulement superficielle), acide chromique;

Rouge : nitrate acide de mercure;

Gris gélatiniforme : potasse caustique;

Blanc ou *gris de perle :* nitrate d'argent sublimé.

La langue, en dehors même de ses enduits, peut présenter des colorations qui sont en rapport avec l'état de sa circulation. Elle est pâle dans l'anémie, dans toutes les maladies où l'hématose languit. On la trouve violacée dans les états cyanotiques liés à l'asphyxie, dans le cas de persistance du trou de Botal, dans les maladies organiques du cœur.

La coloration rencontrée le plus souvent dans la clinique est la rougeur. Lorsque le pouls est fort fréquent, plein, développé, lorsque les veines contiennent beaucoup de sang, que les capillaires de la peau, de la conjonctive palpébrale, de la membrane des joues, des lèvres, du pharynx, des gencives, sont rouges, la langue participe à cette coloration ; quelquefois alors la teinte de celle-ci est plus intense ; mais il faut se rappeler que les papilles linguales, spongieuses, érectiles contiennent beaucoup de vaisseaux (Piorry).

La langue est souvent très rouge dans les troubles digestifs accompagnés de mouvements fébriles, mais ne se montre pas nécessairement liée à ces affections. En effet, M. Louis a prouvé par des relevés statistiques que « ce symptôme n'était pas plus fréquent chez les phtisiques dont l'estomac était demeuré sain, que chez

ceux qui offraient les lésions les plus graves de ce viscère » (Dechambre).

La rougeur présente parfois ce caractère particulier de se montrer seulement sur les bords de la langue, des enduits recouvrent la surface médiane. Si on enlève ces enduits, l'organe paraît être partout également coloré. Or tout ce qui a été dit précédemment de la rougeur uniforme de la langue se rapporte à cette coloration partielle.

Un autre fait de ce genre est encore à signaler. La pointe de la langue est souvent beaucoup plus vermeille que les autres régions de l'organe. On a considéré cet état comme un signe d'entérite aiguë, et je crois même, ajoute Piorry, qu'il en est fréquemment ainsi, mais il faut faire bien attention dans ce cas-là à la manière dont le malade tire la langue, contractant les muscles de cet organe d'une façon exagérée ; il gêne la circulation en retour et provoque une congestion passive de la pointe. Il est préférable dans ce cas d'examiner la langue à l'intérieur de la cavité buccale.

Nous en avons terminé avec les diverses colorations que peut offrir la langue, il nous reste à traiter des modifications qu'elle peut subir dans sa forme, des craquelures et de ce que l'on désigne sous le nom d'aspect vernissé.

Ce dernier état nous paraît assez facile à expliquer : quand la salive fait à peu près défaut et que le mucus buccal n'est pas rejeté par des efforts d'expuition, alors ce mucus forme sur les parties qu'il tapisse une couche de plus en plus concrète et leur donne parfois une apparence vernissée. La langue dite *langue de porcelaine*, que l'on rencontre parfois dans la grippe, s'explique assez natu-

rellement ainsi : dessiccation de la couche épithéliale de la langue donnant une coloration blanc sale et dépôt vernissé, simultané ou non, par le mécanisme déjà décrit.

Piorry nous expose avec son grand sens clinique la façon dont la langue arrive à présenter des craquelures. Nous ne saurions mieux faire que de citer ses propres écrits : « Il est arrivé qu'au plus fort d'une affection typhohémique et lorsque les enduits étaient noirs, on avait enlevé ceux-ci avec la crème de tartre ; au-dessous la langue était saine ; le mucus ne contenait pas de sang et la salive était claire. D'autres fois, à force de sécheresse et par suite de la cassure des enduits, la langue saignait, ce qui colorait en *rouge brunâtre* la couche qui la recouvrait. La fissure de la croûte avait entraîné celle de l'organe, et, si l'on enlevait les enduits, on voyait qu'au-dessous la langue était intéressée. »

Les formes passagères présentées par la langue dans les divers troubles de la santé ne sont point dénuées d'intérêt. Deux facteurs entrent en jeu, savoir l'état de sécheresse ou d'humidité de la surface linguale et le mode de contraction de cet organe.

Toutes choses égales, la langue humide est en même temps large ; la langue sèche, au contraire, s'étale moins par le fait de la rétraction de son enveloppe épithéliale. Il y a même une différence notable, pour ce qui est de la contraction, entre la face supérieure et la face inférieure : celle-ci en effet est revêtue d'un épithélium beaucoup plus mince que celui de la face supérieure, de sorte qu'elle se contractera moins, d'où la forme concave de cette dernière.

Nous pensons avoir étudié aussi complètement qu'il nous fut possible les modifications auxquelles peuvent être ramenées les divers états de la langue ; nous allons maintenant examiner le traitement qu'ils comportent.

IV

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Nous ne croyons pas innover en proclamant, après tant d'autres, que la thérapeutique des divers états pathologiques que nous venons de citer repose tout entière sur l'étiologie. Aussi l'indication du traitement prend-elle son fondement rationnel sur le diagnostic de l'affection causale. Nous le passerons donc sous silence.

Le traitement local, d'ailleurs d'un intérêt plus immédiat, revêt, croyons-nous, une assez grande importance, car quelquefois, nous le verrons plus loin, cette thérapeutique qui paraît purement symptomatique devient parfois une thérapeutique des causes.

C'est naturellement à la langue blanche et à la langue sale que le médecin tentera de remédier. Rien ne l'invite à diriger son action du côté de la langue simplement hyperhémiée, rouge ; cela présente moins d'intérêt à cause du caractère souvent passager de ce symptôme.

La langue chargée et sèche demande au contraire une action particulière : cela est surtout vrai pour les degrés extrêmes de ces états pathologiques : ainsi, lorsque la langue est très sèche, la muqueuse devient rigide, l'organe se ratatine tant et si bien que la parole est impossible, la déglutition douloureuse, et que finalement les fonctions de l'organe sont fortement, sinon totalement compromises (Piorry, observation citée).

Dans le cas de langue saburrale à un haut degré et lorsque la langue devient en même temps sèche et noirâtre, les inconvénients sont ceux que nous venons d'énumérer, mais il vient s'en ajouter d'autres qui sont particuliers à l'état saburral avancé, à savoir les craquelures, encore et surtout les fermentations ou actions microbiennes diverses qui se donnent libre carrière dès que le balayage physiologique habituel venant à cesser n'empêche plus leur floraison exubérante.

L'état de septicité bucco-dentaire entraîne des troubles dyspeptiques, n'oublions pas le groupe des dyspepsies d'origine bucco-pharyngée. Dans l'étiologie de ces dyspepsies il nous paraît difficile de faire intervenir un mécanisme réflexe. C'est la déglutition prolongée des produits septiques qui entraîne soit une irritation locale de la muqueuse avec, peut-être, des lésions de gastrite (Hunter), soit une infection générale à retentissement stomacal. C'est ici que notre thérapeutique de symptômes deviendra en même temps une thérapeutique pathogénique.

Comment donc établirons-nous notre traitement ? Il est facile de le prévoir. Nous sommes en présence d'une infection des premières voies digestives par un amas de matières qui ne demandent qu'à se décomposer et à fermenter en masse. Il faudra donc évacuer ces desqua-

mations épithéliales, ces déchets alimentaires qui constituent un milieu de culture si propice. Mais évacuer n'est pas suffisant, cette évacuation artificielle en effet ne saurait être complète; outre la menace constante de réinfection venue des dents et du vestibule de la bouche, nous avons encore à tenir compte de ce fait que les lavages, grattages, etc., ne vont jamais enlever tout ce que le nettoyage physiologique enlève. Voici pourquoi : au chapitre consacré à l'étude anatomo-physiologique de notre sujet nous avons signalé la structure hérissée de la surface de la muqueuse linguale. L'appareil utilisé ira-t-il dans ces multiples interstices chercher les parcelles microscopiques qui ne demandent qu'à s'y dissimuler et à s'y soustraire à son action assainissante ? non évidemment. Un secours des plus efficaces manque à cette opération. Nous voulons parler du nettoyage effectué par la sécrétion glandulaire de la muqueuse. Cette sécrétion est un des facteurs les plus actifs du nettoyage naturel de la langue : courant liquide se dirigeant de dedans en dehors, la sécrétion des glandes muqueuses constitue la meilleure chasse hygiénique et en quelque sorte la plus élégante au point de vue scientifique que l'on puisse trouver pour nettoyer une surface. Or les états saburraux sont justement caractérisés par un manque de sécrétion glandulaire de la surface linguale. Il faudra donc suppléer à cette sécrétion en ayant recours à un agent apte à pénétrer dans tous les interstices de la muqueuse et à détruire les germes qui s'y sont logés. Cet agent, ce seront les antiseptiques.

L'action d'un antiseptique en solution paraît bien devoir remplir ces divers desiderata. Grâce à sa fluidité il pénétrera entre les papilles linguales et y détruira tous les germes qui s'y sont accumulés ; sans compter que

sous l'influence des lavages et de l'excitation, la sécrétion de la muqueuse tend à renaître comme on peut s'en rendre compte lorsqu'on soigne les typhiques.

Quels dispositifs pratiques préconiserons-nous pour remplir ces diverses indications? Comme toujours les plus simples seront les meilleurs. Au point de vue du nettoyage mécanique, la serviette mouillée est une excellente chose. Quand le malade ouvre difficilement la bouche, le tampon de coton monté sur une pince à artère est fort utile quoique inférieur à la serviette, parce que, s'il gratte bien, il n'évacue guère. Un gratte-langue dont nous avons pu constater *de visu* l'efficacité et les mérites aux hôpitaux de Montpellier, est constitué par une lame de baleine longue de 20 à 25 centimètres que l'on replie et dont on attache les deux bouts avec un fil de laine. On obtient ainsi une anse qui gratte à merveille, ne traumatise point et ramène l'enduit lingual mieux que tout autre appareil.

En ce qui concerne les antiseptiques, le choix est grand. L'acide phénique, son descendant direct le phénosalyl, quoique déjà vieux, sont encore d'excellents antiseptiques, peu coûteux, faciles à employer, ils laissent à la bouche une saveur qui n'est pas du tout désagréable. Le thymol, leur proche parent, plaît moins au goût mais antiseptise plus énergiquement. Nous mettons volontiers dans 100 grammes d'eau quelques gouttes d'une solution alcoolique au vingtième de thymol. Rien n'empêche d'aromatiser les lave-bouche avec une essence. L'eau oxygénée, si employée, est loin d'être détestable; cependant nous croyons, après Lucas-Championnière, qu'elle est fort peu oxygénée, puis on a l'habitude de la diluer beaucoup trop et on craint à tort de l'employer chaude. Sa propriété de produire des

bulles doit d'ailleurs l'empêcher de pénétrer dans les replis de la muqueuse. En un mot, son rôle antiseptique nous paraît, dans le cas particulier, assez limité.

Nous n'avons ni la prétention ni le désir de passer en revue tous les antiseptiques que l'on pourrait utiliser, même en nous bornant à citer les meilleurs. Nous ferons remarquer seulement que l'on aura toujours avantage à employer des agents qui imprègnent l'épithélium.

Dans cet ordre d'idées, l'alcool qui dissout les graisses ne nous paraît pas déplacé, son action de désintégration pour l'épithélium ne ferait d'ailleurs que permettre à ce dernier de tomber plus facilement sous le gratte-langue. Les préparations à base d'iode ne nous paraissent pas non plus à dédaigner. Seule la couleur de ces dernières pourrait les faire écarter, et encore les dilutions au 1 °/₀ ne présentent-elles cet inconvénient qu'à un faible degré; il en serait de même du permanganate de potasse si ce n'était le peu de valeur de cet agent sur des surfaces grasses comme la langue.

On remarquera que nous ne nous occupons pas de la réaction chimique de l'antiseptique employé: devons-nous lui dénier toute valeur? La thérapeutique du muguet, ce prototype des végétations buccales, paraît donner aux uns et aux autres la valeur qui leur revient (1). Les alcalins tels que le bicarbonate de soude ont pour eux l'avantage de constituer une lessive qui dissout à merveille les matières grasses et de rendre à la salive le caractère chimique qu'elle peut avoir perdu. Les acides tels que l'a-

(1) N'a-t-on pas remarqué qu'un muguet rebelle à la médication alcaline pure cédait quelquefois à des alternances de médication acide et alcaline.

cide thymique précédemment cité font intervenir en leur faveur un pouvoir antiseptique plus actif que celui des alcalins ; ce sont, de plus, des liquides éminemment propres à exciter la sécrétion salivaire, ce qui, dans les cas que nous avons examinés, répondait mieux à l'indication. Le reproche que l'on adresse aux antiseptiques acides est qu'ils attaquent l'émail des dents et peuvent occasionner des caries. Cet inconvénient, s'il existe, créera simplement une restriction à leur usage. On ne les emploiera pas dans les états chroniques où leur action corrosive très souvent renouvelée finirait peut-être par déterminer la carie.

Nous ne dirons rien du nettoyage des dents et en général du traitement hygiénique de la cavité buccale. Ce sont là des notions qui sortent du cadre nettement pathologique et séméiologique dans lequel nous avons voulu nous tenir. Si même nous nous sommes aventuré si avant dans le domaine du traitement au cours de ces notes thérapeutiques, c'est d'abord à cause de la haute valeur pratique que nous attachons à ces notions, et ensuite à cause de l'intérêt théorique que ces notions présentent, puisqu'elles viennent en quelque sorte corroborer les données pathogéniques que nous avons énoncées.

CONCLUSIONS

I. — La coloration et l'aspect superficiel de la langue varient avec les états morbides suivant des modes très divers. Cependant on peut, au point de vue séméiologique pur, faire une grande division basée sur la pathogénie.

II. — La langue simplement sèche reconnaît comme causes : un manque de sécrétion d'origine mécanique réflexe toxique, ou bien une évaporation exagérément rapide.

III. — La langue saburrale provient d'une desquamation des cellules superficielles plus rapide que la normale, de la dessiccation des cellules considérées (alinéa II) et d'un défaut du balayage physiologique (salivaire, muqueux et alimentaire).

IV. — Les colorations des enduits dépendent d'une part du degré de dessiccation de ceux-ci, d'autre part de la présence d'éléments normalement absents de la sécrétion salivaire (pigments biliaires).

V. — La rougeur peut être attribuée à l'hyperhémie, quelle qu'en soit la cause.

VI. — Tous ces états peuvent se combiner pour donner les aspects multiples que l'on décrit à la longue et qui tous trouvent leur justification pathogénique dans les faits qui viennent d'être étudiés.

BIBLIOGRAPHIE

Debove et Achard. — Diagnostic médical (Chapitre Jules Renault, p. 348, 1899, 2 vol.).

— Traité des maladies de l'estomac.

— Manuel des maladies du tube digestif, 1907.

Debove, Achard et Castaigne. — Manuel des maladies du foie et des voies biliaires, 1910.

Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique (article bouche : Gubler).

Eichhorst. — Diagnostic médical, 1890. Traduction française (Marfan et Weiss).

Hürthle. — Ictère par hyperfonctionnement de la thyroïde (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1894, p. 267).

Lindemann. — Virchow's Archiv, 1897, t. 149, p. 202 : Suppléance de la thyroïde et du foie.

Paviot. — Précis de diagnostic médical et séméiologique, 1908 (Col. Testut).

Piorry. — Traité de diagnostic et de séméiologie, 1837-1838.

Porak. — Journal de médecine de Paris, 1896.

Racle. — Diagnostic médical, 1864.

Royet. — Province médicale, 1896.

Speil. — Précis du cours d'exploration clinique et diagnostic médical, 1887-1888.

Spillmann. — Précis de diagnostic médical et exploration clinique, 1907.

Vierordt. — Diagnostic des maladies internes, 1888.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 novembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 novembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!